764 N
1811
Lane Medical Library

Die in der Hallenser Frauen-Klinik 1887—1896
wegen

retroflexio uteri ausgeführten Ventrofixationen der Gebärmutter.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medizin u. Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

am Sonnabend, den 10. Juli 1897, Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Wilhelm König

aus **Löbau** (Westpreussen).

Referent: Herr Prof. Dr. **Fehling.**

Opponenten:

Herr Dr. **Herrmann,** Assistenzarzt II. Kl.
Herr Dr. **Seeligmüller,** einj.-freiw. Arzt.

Halle a. S.
Plötz'sche Buchdruckerei Curt Nietschmann
1897.

Imprimatur:

Prof. Dr. v. Bramann.

h. t. Decanus.

Seinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Der Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153703_0002

Die in der Hallenser Frauen-Klinik 1887—1896 wegen retroflexio uteri ausgeführten Ventrofixationen der Gebärmutter.

Als Olshausen auf der Naturforscherversammlung zu Berlin im Jahre 1886, gestüzt auf einige Erfolge, die Annähung des Uterus an die vordere Bauchwand zur Beseitigung der Rückwärtsknickung der Gebärmutter empfahl, wurde nicht zum ersten Male der Vorschlag zur operativen Heilung dieses so häufigen und oft so beschwerlichen Leidens gemacht. Schon lange Zeit vor ihm hatte, wie Tillaux berichtet, Aran (für Retrodeviationen, Alquié für Prolaps) angerathen, den Uterus durch Verkürzung der Ligamenta rotunda zu fixiren. Alexander und Adams waren die ersten, welche in dieser Weise operirten. Seit jener Zeit sind so viele neue Operationsmethoden und Modifikationen schon bekannter und angewendeter ersonnen worden, dass man ohne Übertreibung behaupten kann: Für kein anderes Leiden sind so viele Wege zur Beseitigung desselben angegeben, wie für die Verlagerungen der Gebärmutter, insbesondere die Retroflexio. Einen so schönen Beweis diese grosse Zahl von Operationsverfahren auch liefert für den Scharfsinn der Ärzte und ihr rühmliches Bestreben, dieses beschwerliche Leiden der Frauenwelt zu beseitigen, so zeigt sie doch andererseits leider auch, dass wir bis jetzt kein Verfahren kennen, welches bei leichter und verhältnissmässig

gefahrloser Ausführbarkeit dauernden Erfolg gewährleistet, sodass es von allen Operateuren geübt würde.

Wie man sich bis jetzt darüber nicht völlig einig ist, wie operirt werden soll, so ist auch noch nicht endgültig festgestellt, wann zur Operation zu schreiten ist. Während die Einen konservativ zu verfahren vorziehen und zunächst die Ring- und Massage-, sowie symptomatische Behandlung versuchen, um dann erst zu operiren, wenn nach vergeblicher Anwendung genannter Methoden der hülflose Zustand der Patientin oder äusserliche Gründe die Beseitigung des Leidens gebieterisch fordern, greifen Andere sofort zum Messer und behandeln jede Retroflexio, die ihnen unter die Hände kommt, operativ.

Bei der jetzt bestehenden, so überaus verschiedenen Stellungnahme der einzelnen Gynaekologen gegenüber der Indikation zur Operation, sowie den mannigfaltigen Ansichten über die Wahl des einzuschlagenden Verfahrens ist es wohl nicht unangebracht zu erörtern, auf welche Indikationen hin in der Hallenser Klinik von den beiden letzten Leitern derselben, den Professoren Kaltenbach und Fehling, bei Retroflexio operirt und welcher Methode der Vorzug gegeben wurde.

Zu diesem Zwecke gedenke ich die bis jetzt bekannten und geübten Fixationsmethoden des Uterus nach vorn einer Kritik zu unterziehen, um zu zeigen, mit welchem Rechte das in der Hallenser Klinik geübte Verfahren gewählt zu werden verdient, und dann durch einige Krankengeschichten die Ausführung und Erfolge desselben sowie die Indikationen zur Operation zu erläutern.

Die Methoden der Fixation des Uterus nach vorn teilen wir so ein;

I. Fixation ohne Bauchfelleröffnung: Alexander-Adams'sche Operation.

II. Schücking'sche Operation.

III. Fixation mit Bauchfelleröffnung:

A. Eröffnung des Peritoneums von der Scheide aus:

1. Fixation an der Scheide: Vaginofixation nach Dührssen und Mackenrodt.
2. Fixation an der Blase: Vesicofixation nach Mackenrodt.

B. Eröffnung des Bauchfells durch Laparotomie:

1. Ovariotomie und Befestigung eines Ligaturstumpfes in der Bauchwunde oder an der Bauchwand (Köberle, Lims, Schröder, Olshausen, Howard-Kelly).
2. Ovariotomie und Befestigung beider Ligaturstümpfe in der Bauchwunde oder an der Bauchwand (Köberle, Hennig, Olshausen, Sänger).
3. Annähen der Uterusseitenkanten an die Bauchwand (Olshausen).
4. Annähen des Uterus-fundus an die Bauchwand durch 1 Naht (Lawson Tait) oder durch mehrere Nähte (Czerny, Leopold).
5. Pryor'sche Operation.
6. Transperitoneale Methode.

Um einen Vergleich zwischen diesen Methoden zu ermöglichen, sei es mir nun gestattet, den Verlauf der verschiedenen Operationen, ihre Vor- und Nachteile kurz zu schildern.

ad. I. Fixation des Uterus nach vorn ohne Bauchfelleröffnung (Alexander-Adams'sche Methode).

Der Uterus wird aufgerichtet und manuell fixirt. Dann folgt Schnitt durch Haut, subkutanes Fett, Fascia superficialis und Aponeurose des Musculus abdom. obliquus extern. parallel dem Poupart'schen Bande in der Höhe des äusseren Leistenringes etwa von der Mitte des Bandes bis fast zur Medianlinie. Das aus dem nun freiliegenden Leistenkanal heraustretende, rosarot gefärbte Ligamentum rotundum wird hervorgezogen. Das dieses Band bekleidende Peritoneum wird möglichst weit zurückgeschoben, das Band selbst um 4—5 cm gekürzt und mit beiden Schenkeln der Inguinalöffnung vernäht;

letztere wird geschlossen. Die Operation bietet den grossen Vorteil, dass das Bauchfell nicht eröffnet wird. Ihre Nachteile bestehen darin, dass die Erfolge keine sicheren sind und die Ligamenta rotunda nur schwer, oft gar nicht aufzufinden waren. Oft gelang es auch nicht, den Uterus in die Höhe zu bringen. Diese Operation findet besonders Anwendung bei unkomplizirter Retroflexio.

ad. II. Schücking'sche Operation: Bei leerer Blase wird in den Uterus durch den erweiterten Cervix hindurch eine eigens konstruirte Nadel eingeführt, welche den Fundus, die Peritonealtasche und das vordere Scheidengewölbe durchbohrt; das aus lezterem hervorgezogene Fadenende wird mit dem aus dem Muttermunde heraushängenden geknotet.

Diese Methode hat den Vorteil, dass sie bei einiger Übung schnell ausführbar ist. Nachteilig ist bei ihr die grosse Gefahr einer Blasen- oder Ureterenverletzung, die sowohl an Lebenden beobachtet, als auch von Gläser, welcher genau nach Schückings Vorschrift an Leichen operirte, nachgewiesen ist. Auch diese Methode dürfte nur bei nicht fixirtem Uterus verwendbar sein. Übrigens wird sie wohl kaum mehr geübt.

ad. III. Fixation mit Bauchfelleröffnung:

A. Eröffnung des Bauchfells von der Scheide aus.

1. Fixation an der Scheide: Vaginofixation nach Dührssen und Mackenrodt: Nachdem die Portio mit Kugelzangen in den Introitus hervorgezogen und die vordere Vaginalwand durch Einsetzen einer weiteren Kugelzange unterhalb des Urethralwulstes angespannt ist, wird das vordere Scheidengewölbe eröffnet. Es folgt Ablösung per Blase vom collum uteri und breite Eröffnung der plica vesico-uterina. Darauf wird der Uterusfundus nach vorn gezogen; diese Manipulation erleichtert man sich dadurch, dass die Portio nach hinten und oben gedrängt wird. Der Uterus-fundus wird nun mit 2—4

Nähten an die Scheidenwand genäht. Schluss der Scheidenwunde.

2. Fixation an der Blase: Vesicofixation nach Mackenrodt:

Nachdem das vordere Scheidengewölbe eröffnet und die Blase von ihren hinteren und seitlichen Verbindungen lospräparirt, auch von ihrem hinteren Peritonalüberzuge befreit ist, wird das Bauchfell eröffnet und der Uterus in den Peritonealschlitz unterhalb der zurückgeschobenen Blase hineingezogen. Darauf näht man nach angemessener Verkürzung des abgelösten Blasenperitoneums letzteres quer auf den Uterus unterhalb des beiderseitigen Tubenansatzes. Nun wird die Blase vermittels einer Sonde vorgestülpt und so hervorgezogen, dass die Fläche der Blasenwand zum Vorschein kommt, welche früher mit dem collum in Verbindung war. Diese Fläche wird dann auf das corpus uteri aufgenäht und das septum vesico-vaginale in der Höhe des innern Muttermundes befestigt. Schluss der Scheidenwunde nach Art einer Colporrhaphie.

Die Vagino- und Vesicofixation sind insofern vorteilhaft, als sie die Gefahren der breiten Bauchhöhleneröffnung nicht mit sich bringen, nämlich: reflectorische Herzparalyse infolge gehäufter Insulte auf die peripheren Endausbreitungeu nervenreicher Abdominalorgane, grossen Wärmeverlust von Seiten des blossgelegten Peritoneums (Wegener), rapide Wasserverdunstung von den feuchten Flächen der Bauchserose mit hierdurch bedingter Bluteindickung und bedeutender Herabsetzung des Blutdrucks (Maas), endlich Entstehung von Bauchhernien. Nachteilig ist bei ihnen unter Anderem der Umstand, dass nicht alle Manipulationen, z. B. Zerreissung von Adhäsionen, unter Leitung des Auges ausgeführt werden können.

B. Eröffnung des Bauchfells durch Laparatomie:

Die sub 1—3 angeführten Operationsmethoden, nach welchen die Ventrofixation zugleich mit einer

Ovariotomie ausgeführt wird, sind zuerst von Köberle 1869, dann von Sims, Schröder, und Hennig ausgeführt worden. Die erste Fundusannähung machte Lawson Tait 1880; 1886 empfahlen Olshausen und Howard-Kelly unabhäng von einander die Annähung der Uterusseitenkanten an die Bauchwand. Im allgemeinen sind diese Methoden als rationell zu empfehlen. Nachteilig unter ihnen sind nur diejenigen, wo 2 Ligaturstümpfe in die Bauchwunde beziehungsweise an die Bauchwand genäht werden, da sich zwischen diesen Fixationspunkten, der vorderen Uterusfläche und der Bauchwand eine Tasche bildet, in welche leicht Darmschlingen gelangen und adhärent werden können. Derselbe Nachteil haftet der von Olshausen vorgeschlagenen Annähung der Uterusseitenkanten an die Bauchwand an.*)

4. Um diesen Übelstand zu vermeiden, schlugen nun Lawson Tait, Czerny und Leopold vor, den Uterusfundus selbst zu fixiren und zwar suchte der Erstere seinen Zweck durch Legung einer Naht, die beiden Letztgenannten durch die mehrerer Nähte, welche Serosa und etwas Muscularis des Uterus fassen, zu erreichen. Die Erfahrung hat gezeigt, das die letzterwähnte Methode der von Lawson Tait empfohlenen vorzuziehen ist. Da die Erstere auch in der Hallenser Klinik geübt wird, will ich gleich hier den Operationsverlauf beschreiben:

Die Patientin wird in Beckenhochlagerung gebracht und mit Äther oder Chloroform oder beiden Betäubungsmitteln narkotisirt. Nach sorgfältigster Desinfektion der Bauchdecken folgt dann die Spaltung derselben in der linea alba in einer Ausdehnung von ca. 7 cm. Das darauf durchschnittene Peritoneum wird mit einigen

*) Olshausen giebt allerdings an, von seiner Methode, welche er noch heute übt, keine Nachteile gesehen zu haben und behauptet, seine Fixationsart ermögliche dem Uterus in der Schwangerschaft die nötige Ausdehnung, während die Fundusfixation ungünstige Verhältnisse für Schwangerschaft und Geburt schaffe. Dass Letzteres nicht der Fall ist, soll späterhin noch gezeigt werden.

Nähten an der Haut fixirt. Wenn nötig erfolgt nun eine Operation an der Gebärmutter selbst oder ihren Adnexen, beziehungweise das Trennen etwaiger Adhäsionen derselben. Der Uterus wird dann aus der Bauchhöhle heraufgehoben, manuell fixirt und mit gewöhnlich 3 Seidennähten, welche Haut, Fascie und Bauchfell durchsetzen, an die Bauchwand genäht, und zwar werden diese Nähte durch die vordere Wand der Gebärmutter gelegt, Serosa und wenig Muskulatur derselben fassend. Die Bauchwunde wird durch dreifache Etagennaht geschlossen und mit einem trockenen, aseptischen Verbande bedeckt.

Den Nachteil der breiten Eröffnung der Bauchhöhle hat diese Operation natürlich auch; auf ihre Vorteile gedenke ich später bei der Gesamtkritik aller Methoden zurückzukommen.

5. Pryor'sche Operation: Nach gemachtem Bauchschnitt wird die vordere Uteruswand und die hintere Blasenwand in einer Breite von $1^1/_2$ cm angefrischt und die Wundflächen aufeinander genäht. Diese erst in den letzten Jahren empfohlene Operation hat den Vorteil, dass sie die physiologische Normallage des Uterus herstellt. Ob sie aber dauernden Erfolg hat und den Patientinnen etwa durch Blasenstörungen nicht doch Beschwerden verursacht, muss die Folgezeit lehren.

6. Transperitoneale Methode (Kaltenbach, Condela, Howard-Kelly, Assaky, Crespie, Philippeau, Krug, Czempin):

Nachdem die Bauchdecken bis auf das Peritoneum gespalten, wird der Uterus von der Scheide aus emporgedrängt und ohne Eröffnung des Peritoneums an die ventrale Bauchwand oder das Symphysenperiost angeheftet. Vorteile besitzt diese Methode nicht; auch ist bei ihr eine Darm- oder Blasenverletzung nur zu leicht möglich. Denn selbst wenn alle den Uterus überlagernde Darmschlingen durch Verstreichen entfernt sind, kann doch bei einem Hustenstosse oder einer Brechbewegung

der Patientin eine Darmschlinge wieder zwischen Uterus und Bauchfell gedrängt und von der Nadel gefasst werden, ein Unglücksfall, welcher Witte einmal bei einer transperitonealen Ventrofixation passirte. Kaltenbach hat, wie Professor v. Herff berichtet, nur in einem Falle und zwar mit günstigem Erfolge diese Methode angewendet, der insofern besonders dafür geeignet war, als das infolge einer Rectusdiastase stark verdünnte und gut durchsichtige Bauchfell eine sichere Nahtlegung durch den völlig freien und mit sicher gesunden Adnexen behafteten Uterus gestattete. Diese Methode, welche übrigens bei ausländischen Operateuren mehr Beifall gefunden hat, als in Deutschland, dürfte nur in sehr wenigen, günstigen, dem erwähnten Kaltenbach'schen Falle ähnlichen geeignet sein.

Nachdem so die einzelnen Operationsmethoden geschildert und ihre Vor- und Nachtheile erörtert sind, ist jetzt festzustellen, welcher der beschriebenen Methoden als der einfachsten, gefahrlosesten und erfolgreichsten der Vorzug zu geben ist.

Die Alexander-Adams'sche Operation ist, da bei ihr die Bauchhöhle uneröffnet bleibt, zu empfehlen. Sie wird in neuerer Zeit wieder mehr geübt. Es scheint also, als ob man die oben erwähnten Nachteile dieser Methode jetzt zu vermeiden gelernt hat. Die Schücking'sche und transperitoneale Methode sind wegen der bei ihnen möglichen Nebenverletzungen zu verwerfen.

Handelt es sich darum, vor der Uterusfixation noch Adhäsionen zu zerreissen oder ausser derselben noch eine Adnexoperation auszuführen, wie es sehr häufig der Fall sein wird, so sind die Methoden am Platze, bei denen die Bauchhöhle breit eröffnet wird, sei es nun von der Scheide aus, oder in der linea alba, denn auch auf ersterem Wege hat man neuerdings Ovariotomien und Salpingotomien ausgeführt. Die Pryor'sche Methode wollen wir gleich ausschalten, da, wie schon oben er-

wähnt, über diese Methode wegen der geringen Zahl der nach ihr operirten Fälle und ihrer kurzen Beobachtungszeit noch kein abgeschlossenes Urteil möglich ist. Es erübrigt nun noch die Frage: Ist die Laparotomie oder die Eröffnung der Bauchhöhle von der Scheide aus vorzuziehen.

Beide Operationsarten haben den gemeinsamen Nachteil, dass das Peritoneum breit eröffnet wird und zwar erscheint die Laparotomie wegen der oben erwähnten Gefahren der breiten Bauchfelleröffnung entschieden bedenklicher, als die vaginale Methode. Beide haben den Vorteil gemein, dass man alle etwa nötigen anderen Eingriffe, wie Ovariotomie, Lösung von Adhäsionen u. s. w. neben der Fixation des Uterus ausführen kann.

Aus 4 Gründen scheint mir die Laparotomie den Vorzug zu verdienen: 1. Sie gewährt mehr Platz. Die Bauchhöhle ist leicht soweit zu eröffnen, dass man die grössten Eingriffe bequem ausführen kann, während die Breite des vorderen Scheidengewölbes bei den vaginalen Methoden die Grösse der Eröffnungspforte begrenzt. 2. Bei der Laparotomie kann man jede Manipulation mit dem Auge verfolgen. Man wird also sicherer und sauberer operiren z. B. nach Lösung von Adhäsionen die Blutung besser stillen können. Dass wegen letzterer bei vaginalen Operationen der gesunde Uterus entfernt und die Laparotomie zur Auffindung der blutenden Gefässe gemacht werden musste, berichten Fehling und Bumm. 3. Eine Desinfection der Scheide ist zwar, wie verschiedentlich nachgewiesen wurde, möglich; aber es ist zweifelsohne eine Desinfection der doch immerhin eine leidlich glatte Fläche darstellenden Bauchdecken leichter und schneller ausführbar und dann sicherer, als die der faltenreichen Vagnia. 4. Die Ventrofixation giebt keine Recidive, während nach der Vagino- und Vesicofixation solche beobachtet wurden; ferner übt die Fixation des Uterus an die Bauchwand keinen ungünstigen Ein-

fluss auf Gravidität und Geburt aus; dagegen wurden nach Vaginofixation viele Aborte und Geburtsstörungen berichtet. Wie sich die Vesicofixation in dieser Hinsicht verhält, lässt sich bis jetzt nicht entscheiden.

So haben wir in der Ventrofixation eine Operationsform, die zwar keine ideale genannt werden kann, aber doch in jedem Falle von Retroflexio, sei sie fixirt oder mobil, komplizirt oder unkomplizirt, anwendbar ist. Und zwar werden wir die Methode von Czerny-Leopold bevorzugen, welche bei Vermeidung der nachteiligen Bildung einer Tasche zwischen Uterus und Bauchwand den Vorteil gründlicherer Befestigung bietet, als die ähnliche von Lawson-Tait. Nach der Czerny-Leopold'schen Methode ist seit 10 Jahren in der Hallenser Klinik operirt worden.

„Nur in sehr vereinzelten und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhärenter Retroflexio oder Prolaps glaube ich, dass die Operation am Platze sein kann.“ Mit diesen Worten warnte Olshausen gelegentlich der Empfehlung der Ventrofixation zugleich vor übertriebener Anwendung derselben. Diesem Rate sind seine beiden Nachfolger in Halle stets gefolgt; auch sie haben nur dann operirt, wenn alle anderen Mittel versagten, und sind stets in Wort und Schrift dem übermässigen Operiren bei Retroflexio entgegengetreten. Prof. Fehling hält die Operation dann für angezeigt, wenn trotz ausgiebiger Pessarbehandlung und Massage die Rückwärtslagerung der Gebärmutter immer wieder eintritt, und wo die von derselben ausgehenden Beschwerden im Vordergrund stehen.

So ist denn auch in der Hallenser Klinik die Ventrofixation wegen Retroflexio uteri während eines Dezenniums nur 20 mal ausgeführt worden (wegen Prolaps öfter); 70 mal wurde innerhalb dreier Jahre die Vagino- und Vesicofixation wegen Retroflexio oder Prolaps des Uterus vorgenommen.

Die Krankengeschichten der 20 Fälle von Ventrofixation gedenke ich hier einzuschalten und zwar zunächst 12 Fälle von Kaltenbach in grösstmöglichster Kürze, da sie bereits von Prof. von Herff in der Münchener Medizinischen Wochenschrift [1894 Nr. 41] veröffentlicht sind. Die weiteren 8 Krankengeschichten betreffen Patientinnen, welche Prof. Fehling in Halle operirte.

Diese letzteren Berichte bringe ich vollständig, da sie noch keine Veröffentlichung fanden. Ebenso 4 Krankengeschichten aus Basel, welche Prof. Fehling mir freundlichst zur Verfügung stellte.

Krankengeschichten aus der Hallenser Klinik.

1. Ledige B., 35 J., 0-para. Retroflexio uteri valde mobilis. Operation am 2. 11. 1887: Ventrofixatio uteri. Geheilt und beschwerdefrei entlassen. Späteres Befinden: April 1890, in der Kgl. Frauenklinik zu Berlin normale Geburt. Uterus blieb auch späterhin in normaler Lage.

2. Frau S., 47 J. VIII-para, 1 Abort; Retroflexio uteri valde mobilis. Diastasis rectorum permagna. Operation am 5. 8. 1889: Ventrofixatio uteri transperitonealis. Geheilt und beschwerdefrei entlassen. Späteres Befinden: 12. 3. 1897, häufiger Kreuzschmerzen, seltener Unterleibsschmerzen. Uterus liegt gut.

3. Ledige M., 25 J., 0-para. Retroflexio uteri valde mobilis. Perimetritis. Levis Hysteria. Operation am 1. 5. 1890: Ventrofixatio uteri. Als geheilt und beschwerdefrei entlassen. Späteres Befinden: Recidiv der Hysterie in verschlimmertem Massstabe. Wurde vollkommen bettlägerig.

4. Frau B., 30 J., I-para; Pelveoperitonitis chronica duplex. Retroflexio uteri fixata. Ruptura perinei incompleta. Descensus vaginae post. Operation am 5. 10. 1890: Ventrofixatio uteri, Lawson Tait's Perineorrhaphie. Geheilt und beschwerdefrei entlassen. Späteres Befinden: 8. 10. 1894, zahlreiche nervöse Beschwerden. Uterus anteflektirt.

5. Frau D., 30 J., 3-para. Retroflexio uteri myomatosi mobilis. Oophoritis cystica et Salpingitis duplex. Ruptura perinei inveterata. Descensus vaginae post. Operation am 21. 10. 1890: Salpingooophorectomia duplex. Ventrofixatio uteri. Kolpo-perineorrhaphia. Geheilt und beschwerdefrei entlassen. Späteres Befinden: 3. 3. 1897: Keine Beschwerden mehr. Fühlt sich recht wohl, Uterus liegt vorn.

6. Privat. Retroflexio uteri fixata. Perimetritis chronica adhaesiva. Operation am 3. 3. 1891: Ventrofixatio uteri. Geheilt entlassen. Später nicht auffindbar.

7. Frau B., 35 J., 9-para. Tumor tuboovarialis duplex. Retroversio uteri fixata. [Perimetritis adhaesiva. Salpingitis, Oophoritis duplex.] Operation am 28. 7. 1892: Salpingooophorectomia duplex. Ventrofixatio uteri. Geheilt und beschwerdefrei entlassen. Späteres Befinden: 2. 3. 1897: Viel Kopfschmerzen. Grosse Bauchhernie. Trägt stets Bauchbinde. Vonseiten des Uterus, der anteflektirt liegt, keine Beschwerden.

8. Frau H., 36 J., 3-para. Retroflexio uteri mobilis. Perimetritis chronica. Oophoritis cystica. Neurasthenia maxima secundaria. Operation am 12. 3. 1893: Salpingooophorectomia duplex. Ventrofixatio uteri. Geheilt und ohne Beschwerden entlassen. Späteres Befinden: 21. 4. 1894: Keine Beschwerden. Uterus vorn.

9. Privat. Retroflexio uteri. Perioophoritis duplex. Operation am 23. 3. 1893: Salpingooophorectomia duplex. Ventrofixatio uteri. Geheilt entlassen. Späteres Befinden: Oktober 1894, vorzüglicher Befund, geringer Fluor. Uterus liegt tadellos.

10. Frau B., 36 J., 5-para, 1 Abort; Retroflexio uteri myomatosi. Inversio vaginalis totalis. Prolapsus uteri incompletus. Operation am 25. 4. 1893: Castratio. Ventrofixatio. Geheilt entlassen. Späteres Befinden: 4. 3. 1897. Von den früheren, die Operation bedingenden Leiden keine Beschwerden mehr. Bauchhernie. Uterus senil klein in Anteflexion.

11. Frau A., 35 J., 2-para. Retroflexio uteri fixata. Perimetritis, Salpingitis, Perioophoritis duplex. Neurasthenia maxima secundaria. Operation am 9. 5. 1893: Salpingooophorectomia duplex. Ventrofixatio uteri. Geheilt entlassen. Späteres Befinden: 9. 10. 1893: Nervöse Beschwerde in verschlimmerter Auflage wiedergekehrt. Musste der Nervenklinik zugewiesen werden. Uterus liegt gut.

12. Frau S., 34 J., 2-para. Retroflexio uteri fixata. Pyosalpinx dext. Perimetritis. Oophoritis duplex. Operation am 18. 5. 1893. Salpingooophorectomia duplex. Ventrofixatio uteri. Geheilt entlassen. Späteres Befinden: 9. 3. 1897: Keine Beschwerden. Fühlt sich sehr wohl. Unterus vorn.

13. Frau B. Friederike, 37 J., IX para.

Entbindungen: 9 spontane, normale Geburten, Kinder lebend, selbst gestillt, Wochenbetten glatt; stets den 3. oder 4. Tag aufgestanden. Letzte Geburt 3. VI. 1893. Menstruation: vom 17. J. regelmässig, 4 wöchentlich, 8—9 tägig, stark, mit Kopf-, Leib- und Kreuzschmerzen, besonders vorher. Vonjeher fluor albus ante menses. Letzte menses: 2.—6. VI.

Vorgeschichte: Familie gesund. Pat. will, abgesehen von Influenza Frühjahr 1893, stets gesund gewesen sein. Jetzige Krankheit: Im Dezember 1893 fühlte P. einen Knick in der linken Seite, plötzliches Aufhören der Menses, Uebelkeit mit Brechen, Appetitlosigkeit, dann 8 Wochen völlig wohl. Als am 24. II. 1894 die Menses wieder eintreten sollte, musste Pat. sich wegen Schmerzen im Unterleibe, besonders links unten, zu Bett legen. Dieselben hielten an bald einen, bald mehrere Tage. Im Diakonissenhaus hier wurde Pat. mit Ausspülungen, Eisblase aufs Abdomen, am 27. mit Auskratzung der Gebärmutter behandelt. 3 Wochen bettlägerig, am 15. III. entlassen, schwach und matt, „locker in den Füssen", Menses traten am 22. III. ein, worauf Pat. wieder 8 Tage lag. Danach Pat. gut bis jetzt. Sie

weiss aber, dass sie „eine Cyste zwischen Mastdarm und Gebärmutter hat, die ihr beim Stuhlgang Pressen nach unten verursacht. Ausserdem Gebärmutterknickung.“ Jetzt bestehen also: Nur beim Stuhlgang Pressen nach unten, Mattwerden.

Befund bei der Aufnahme (20. VI. 1894): gut genährte, mittelgrosse Frau ohne nachweisbare tiefere Organerkrankungen. Abdomen mässig vorgewölbt, Bauchdecken nachgiebig. Nur bei starkem Palpiren in der Unterbauchgegend mässige Empfindlichkeit. Vulva weit, beim Pressen geringer Descensus besonders der hinteren Vaginalwand. Portio in der Führungslinie, wenig nach vorn. Uteruskörper retroflektirt, leicht aufzurichten, nicht vergrössert, ganz frei beweglich. Rechtes Ovarium gross, aber gut beweglich, mit (verdickter?) Tube deutlich durchzufühlen. Linksseitige Adnexe leicht abzutasten, Ovarium sehr leicht beweglich.

Diagnose: Retroflexio uteri (cum. pessario non reparanda); chroniche Oophoritis und Perioophoritis adhaesiva sinistra. Therapie: 21. VI. Einlegen eines Hodge nach Aufrichtung. 22. VI. der Hodge hat den Uterus nicht in seiner Lage erhalten, vielmehr liegt letzterer wieder retroflektirt. Erneute, leichte Aufrichtung und 8-Pessar No. 90. Wird beim nächsten Stuhlgang, weil zu klein, herausgepresst. Uterus retroflektirt (Trotz Bauchlage etc.) Abends Schultze No. 105.

23. VI. Uterus blieb mit dem 8ter No. 105 gut liegen, aber das Pessar drückt zu sehr. Da kleinere doch heraus gedrängt würden, Ventrofixation beschlossen.

25. VI. Operation: Kleiner Bauchschnitt, leichte Aufrichtung des Uterus. Linkes Ovarium cystisch degenerirt, deshalb abgetragen. Stumpf mit Paquelin verschorft. Uterus mit 4 Seidennähten, welche durch Fascie und Peritoneum greifen, fixirt. Typischer Schluss der Bauchdecken. Nur ein kleiner Jodoformgazestreifen über den Fixationsfäden zur Drainage.

30. VI. Kleine Fistel der Bauchwunde mit ganz geringer dünnflüssig eitriger Sekretion.

8. VII. Morgens 38,7. Ring drückt. Beim Palpiren findet sich ein grosses, das Rektum umschliessendes, Exsudat hinter dem Uterus und im linken Parametrium. Nach der Vagina wird der Douglas tief vorgewölbt. Portio steht hoch. Uterus anteflektirt. Ein direkter Zusammenhang zwischen Exsudat und der kaum secernierenden Bauchfistel nicht zu finden. Abends 39,7. Puls 104. Eis aufs Abdomen.

20. VII. Morgens noch Fieber. Im Laufe des Vormittags ohne besondere Ursache plötzlich Durchbruch des Exsudats nach der Scheide. Entleerung ziemlich reichlichen dünnflüssigen, gelbgrünlichen Eiters ohne Gestank aus der Vagina. Sofort Abfall des Fiebers. Sekretion hält noch bis zum Abend reichlich an. Vorsichtige Scheidenausspülung.

21. VII. Pat., die sich seit gestern sehr erleichtert fühlt, fiebert nicht mehr, hat keinerlei Beschwerden mehr. Die Bauchfistel secernirt nur noch sehr wenig. 1 mal täglich Verbandwechsel.

29. VII. Befund bei der Entlassung: Pat. fühlt sich noch sehr matt im Kreuz. Bauchwunde 8 $^1/_2$ cm; kleine, granulirende, kaum secernirende Fistel. Uterus klein, gut anteflektirt, an der Bauchwand adhärent, lässt sich noch etwas seitlich bewegen. Hinter der Portio fühlt man die Narbe der Perforationsöffnung. Im Douglas quer herüber, etwas mehr nach links fühlt man eine derbe Resistenz, die Reste des Exsudats.

14. Frau B. 33 J. III. p.

Vorgeschichte: Pat. sonst stets gesund. Vor einem Jahr machte sie einen 5 Wochen dauernden, fieberhaften Darmkatarrh durch. Mit 17 Jahren menstruirt, erst unregelmässig (Bleichsucht), vom 20. Jahre an regelmässig, 4 wöchentlich, 5 tägig stark, mit Leibschmerzen. Nach der letzten Entbindung vor $2^1/_2$ J. Wiedereintritt nach 8 Wochen, unregelmässig, 3—6 wöchentlich, 5—8

tägig, stärker, mit Leib- und Kreuzschmerzen, seit $^1/_2$ J. wieder schwächer, regelmässig, 4 wöchentlich, 3 tägig, aber mehr Schmerzen. 10 Wochen nach der letzten Entbindung vor $2^1/_2$ J. bekam Pat. wegen Gebärmutterknickung einen Ring, wonach die Schmerzen besser wurden. Bei dem starken Darmkatarrh, welchen P. vor einem J. durchmachte, wurde der Ring entfernt. Einige Zeit darauf traten aber wieder erneute Schmerzen, besonders in der rechten Seite auf, welche sich im ganzen Unterleibe seit dem letztem Halbjahr bemerkbar machen. Es bestand häufiger Urindrang, manchmal war das Urinlassen, trotz grossen Drängens ganz unmöglich. Während des Wasserlassens Brennen innerlich. Bei jeder Anstrengung heftige Kreuzschmerzen, deshalb nur leichte Hausarbeit möglich. Stuhlgang immer leicht, täglich.

Befund bei der Aufnahme: (16. VII. 1894). Ziemlich kleine gracil gebaute magere Frau, sehr blass. Brustorgane gesund. Speciell an den Lungenspitzen eine Veränderung nicht mit Sicherheit nachweisbar. Abdomen mässig vorgewölbt, weich, nirgends empfindlich. Fest geschlossene Vulva. Portio median, wenig der Symphyse genähert. Uterus etwas vergrössert, stark retroflektirt, nach hinten besonders rechts fixirt durch strangartige Adhäsionen; das rechtsseitige Ligamentum latum scheint intoto etwas verkürzt; Ovarien nicht deutlich palpabel.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata, Periophooritis. adhaesiva dextra.

Therapie: 17. VII. Chloroformnarkose. Repositionsversuch. Der Uterus erweist sich zwar als im Ganzen ziemlich beweglich, doch gelingt es selbst bei stark nach hinten gedrängter Portio nicht, ihn zu strecken oder gar zu anteflektiren. Bei dem Versuche fühlt man deutlich die rechtsseitigen Ligamente sich straffer anspannen.

21. VII. Operation: Aethernarkose. Kleiner Bauchschnitt. Das Netz in geringer Ausdehnung den Bauchdecken adhärent. Es wird zunächst wegen Dilatation

und Verwachsung der rechten Tube diese mit dem Ovarium herausgenommen. (Ein Rest vom Ovarium bleibt zurück.) Sodann wird der Stumpf mit dem Paguelin verschorft. Linksseitige Adnexe intakt, zahlreiche Adhäsionen um dieselben, leicht gelöst. Nach Lösung zahlreicher z. T. ziemlich fester Adhäsionen Emporziehen des etwas grossen Uterus, Ventrofixation durch 5 Seiden-Nähte, von denen die unterste etwa der Höhe des os internum entsprechend durch das Periost der ossa pubis geführt wird, die oberste ungefähr den Uterus am Fundus fasst. Die mässige Blutung aus den Stichkanälen des Uterus steht nach Knüpfung der Fäden. Peritonealnaht, Schluss der Bauchwunde. Kleiner Jodoformdocht im unteren Teil der Bauchwunde.

2. 7. VII. An der Wunde seit gestern Stichkanaleiterung aus der Tiefe.

Befund bei der Entlassung: 15. VII. Narbe $8^1/_2$ cm. Uterus auteflektirt, an der vorderen Bauchwand fixirt.

Späteres Befinden: 4. III. 97. Menses regelmässig, 3tägig, vorherrschend stark. Rückenschmerzen, Schmerzen in der Narbe während der Regel, Schulterschmerzen, Stuhlgang regelmässig. Uterus liegt der Bauchwand gut an. Links neben und vor dem Uteruskörper in der Narbe eine kastaniengrosse Hernie. P. fühlt sich im allgemeinen seit der Operation wohler, als vorher.

15. Frau B. 35 J.

Vorgeschichte: Als Mädchen bleichsüchtig bis zum Eintritt der Menstruation. Vor 5 J. Magenblutung, dabei 7 Wochen bettlägerig. Menstruirt mit 18 J., regelmässig 4 wöchentlich, in der ersten Zeit 4—5 tägig, seit 11 J. 1—2 tägig, schwach, mit starken Kreuzschmerzen und Schwindel, besonders vor Eintritt. Letzte Menses am 1. X. Entbindungen: I. vor 19. J. spontan. 6 Wochen bettlägerig wegen Unterleibsentzündung, selbst gestillt, II. normal, III. vor 11 J., 1. Abort im 2. Monat vor 6 J. Am Tage vor der letzten Geburt Schüttelfröste, Geburt selbst gut. Nach 2 Tagen stand P. auf, danach

starkes Fieber und Schüttelfrost, nach 4 Wochen Besserung. Da jedoch Kreuz- und Leibschmerzen nach 5 Monaten noch fortbestanden, auch die Menses, trotzdem P. nicht stillte, nicht wiedergekehrt waren, wurde sie ca. 3 Wochen lang in hiesiger Klinik behandelt. P. wurde damals mit Pessar entlassen, fühlte sich auch ca. ein Jahr lang recht wohl. Dann aber stellten sich die alten Beschwerden wieder ein, die mit kargen Unterbrechungen bis heute andauern. In der letzten Zeit sehr starke Kreuzschmerzen, starke Mattigkeit und Schwindel. Keine Stuhlbeschwerden; keine Urinbeschwerden.

Befund bei der Aufnahme: 9. X. 1894. Blasse, mässig ernährte Frau mit mässigen Muskeln, entsprechendem Fettpolster. Herz und Lungen ohne Befund. Abdomen schlaff, nirgends besonders druckempfindlich. Vulva mässig weit, ebenso Vagina. Portio in der Mitte, an ihr oberflächliche Lacerationen. Corpus uteri mässig vergrössert, fixirt, retroflektirt. Rechtes Parametrium frei: Adnexe wegen grosser Schmerzhaftigkeit nicht zu erreichen. Links Parametrium weniger empfindlich. Man fühlt die Tube als rundlichen, beweglichen Strang, ebenso das rundliche, nicht vergrösserte Ovarium. Parametrium frei. Vom Rectum aus fühlt man den durch umgebende Schwarten zu Birnengrösse verdickten, äusserst druckempfindlichen Uterus, dessen Oberfläche nicht ganz glatt ist und an dessen rechter Tubenecke ein ca. kirschgrosser höckriger, sehr empfindlicher Körper mit der Fingerspitze gerade erreichbar ist. Genaue Abtastung des Douglas bei der grossen Empfindlichkeit nicht möglich.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata, Graviditas tubaria dextra.

Therapie: 11. X. Laparotomie. Etwa 2 Querfinger unterhalb des Nabels wird die Bauchhaut gespalten bis ca. ebensoweit oberhalb der Symphyse. Da die Auffindung der Linea alba Schwierigkeiten macht wegen der starken Blutung, so wird durch den musi rect. dext.

hindurch das Peritoneum eröffnet in gleicher Ausdehnung wie die Wunde an die Hautränder angeheftet mit 4 Seidennähten. Dann, da Uterus noch nicht zugängig, Wunde 2 cm. nach der Symphyse erweitert. Uterus vorgezogen; das linke Ovarium klein cystisch samt der Tube zurückgelassen; das rechte Ovarium mit der stark veränderten Tube durch doppelten Deshamps — und einfache befestigte Gesamtligatur gestielt und abgetragen. Uterus mit einer Seiden- und einer Catgutnaht im unteren Wundwinkel in Elongation und Anteversion fixirt. Schluss der Bauchwunde mit tiefen und oberflächlichen Drahtnähten, des Peritoneums mit fortlaufender Draht- und Catgutnaht.

Verlauf: In den ersten Tagen nach der Operation Leibschmerzen und Blähungsbeschwerden, Am 19. X. wird ein grosses Haematom oberhalb der Seidenligatur eröffnet und drainirt. 23. X. Herausnahme der Nähte. 29. X. Starke Thrombophlebitis im linken Unterschenkel, mässige im rechten in der Höhe des Kniees. 31. X. Thrombose der ganzen linken Vena saphena major.

Befund bei der Entlassung: 10. XI. 94. Mit noch liegender Uterusseidenligatur, gut anliegendem, elongirtem Uterus entlassen. Thrombose beider Beine in Besserung.

Späteres Befinden: 13. IV. 96. Keine Beschwerden, die sich auf die Ventrofixation zurückführen lassen könnten. Fühlt sich im allgemeinen wohler. Uterus liegt gut. Im oberen Drittel der Narbe kleine Hernie.

16. Frau B. 30 J.

Vorgeschichte: P. stets gesund, klagt seit 3 Jahren über Magenbeschwerden. Es tritt 1—2 Stunden nach jeder grösseren Mahlzeit Übelkeit und sehr häufig auch Erbrechen ein mit sehr starker Nausea und bitterem Geschmack im Munde. Stuhlgang meist angehalten, hart. Appetit dabei gut. Gefühl von Vollsein über dem Magen. Menstruation: Erste Menses mit 17 J., bis vor $1^1/_2$ J., 4 wöchentlich, regelmässig, jetzt 3—5 wöchenlich, unregelmässig, 3 tägig, schwach. Am Tage vorher

Kreuz- u. Leibschmerzen, Kopfschmerzen. Entbindungen: I. 1888. II. 1891 normale Geburten, glatte Wochenbetten. Aborte: I. 1888 im 4.—5. M., II. 1889 im 6.—7. M., III. 1890 im 4. M., IV. 1893 im 3. M., Jetzt bestehen Magenbeschwerden, Leib- und Kreuzschmerzen, besonders stark nach jeder Nahrungsaufnahme. Nach dem II. Abort resp. Frühgeburt, (angeblich 7. Monat, totes Kind) 7 Wochen lang bettlägerig, starkes Fieber. Gebärmutterentzündung. Es blieben Schmerzen in der linken Schenkelbeuge zurück, wo sich eine knollige Hervorragung bildete, die durch ärztliche Behandlung wieder verschwand. Beim 2. Abort war P. wegen Fiebers 4 Wochen bettlägerig, nach dem letzten Abort vor $1^1/_2$ Jahren 2 Wochen aus demselben Grunde. Befund bei der Aufnahme: 10. XI. 94. Sehr schlecht ernährte Frau mit atrophischem Fettpolster, anämischem Aussehen und schlecht entwickelter Muskulatur. Flacher Thorax, geringe rechtsseitige Skoliose der Brustwirbelsäule. Andeutung von Kolbenfingern. Mässiges Lungenemphysem, leichte Abschwächung des Schalles über der rechten Lungenspitze und ebenso des Atemgeräusches. Herz ohne Besonderheiten, 2. Pulmonalton verstärkt. Abdomen flach, mit vielen alten striae. Traube'scher Raum kaum vergrössert.

Vagina weit, mässiger Blutabgang. Portio vor der Führungslinie in der Mitte. Muttermund lässt einen Finger eindringen. Portio 2 cm lang, cylindrisch. Uterus schwer beweglich über dem hintern Scheidengewölbe vergrössert. Combinirte Untersuchung wegen starken Spannens der Bauchdecken nicht möglich. Hintere Lippe länger als die vordere. Cervix klaffend. Links im Scheidengewölbe ein knolliger Tumor, der bis zum Beckenrande reicht. Vom Rektum aus fühlt man deutlich den sehr verdickten, in Retoversio gelagerten, retroflektirten Uterus. Von ihm nach links ziehen Stränge zur Beckenwand an einem dort gelegenen Tumor vorbei.

Diagnose: Retroflexio uteri fixata, Perioophoritis dextra, Catarrhus ventriculi chronicus.

Therapie 13. IX. In Aethernarkose Untersuchung. Uterus retroponirt, retroflektirt, dextroponirt, an der hinteren Beckenwand beweglich fixirt. In der Basis des rechten Ligaments feste Stränge zum Uterus und dem festangelagerten, vergrösserten und auch am Becken fixirten Ovarium. Linkes Ovarium klein, hart indurirt. Aduexe frei. 16. XI In Aethernarkose Ventrofixation des Uterus. Eröffnung der Bauchhöhle mit ca. 15 cm. langem Schnitt, Vernähung des Peritoneums mit den Haurändern, nachträglich Erweiterung von 3 cm. bis nahe an den Nabel, sehr schwierige Lösung des äusserst fest verwachsenen rechten Ovariums von der hinteren Platte des ligamentum latum bis herunter zum Psoas, Entfernung der r. Ovariums nach doppelter Unterbindung des Stiels und Sicherung durch Nadelgesamtligatur. Uterus nach oberflächlicher Stillung der Adhäsionsblutungen durch einige Umstechungen von der Scheide aus gegen die Bauchwunde angepresst und mit 3 durchgreifenden Seitennähten und je 1 Catgut und Silkwormfasciennaht an die Bauchwunde angeheftet. Peritoneum des Winkels mit 3 Catgutnähten vereinigt, nunmehr die Uterusnähte geknotet. Fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums. Drahtkatgutnaht der Bauchdecken.

Verlauf: 3. XI. Nach Herausnahme der Nähte platzte die ganze Wunde auf; in ihrem Grunde liegen Uterus und Peritoneum bloss. Feuchte Verbände. Jodätzung.

30. XII. 94. Befund bei der Entlassung: Uterus anteflektirt an der Bauchwunde, elongiert. Bauchwunde vernarbt.

Späteres Befinden: 4. III. 97. Keine Beschwerden. Uterus in Anteversio-flexio.

17. Frau H. 41 J.

Vorgeschichte: Vater an Cholera gestorben. Mutter und 2 Geschwister gesund. Eine Schwester starb im

Wochenbett. P. selbst will nie krank gewesen sein. Erste Menses mit 13 J. regelmässig, 4 wöchentlich, 2 tägig, ohne Schmerzen. Letzte Menses vor 14 Tagen. Entbindungen: 6 glatt, ebenso Wochenbetten. P. leidet seit 5 J. an Vorfall. Derselbe hinderte sie beim Gehen. Sie hatte Drängen nach unten und etwas Schmerzen und musste sehr oft Wasser lassen. Wegen diesen Beschwerden kam sie vor 14 Tagen in die Poliklinik, woselbst ihr ein Ring eingelegt wurde. Derselbe sass gut und hielt den Vorfall zurück. Am 14. VI. wurde am l. Eierstock ein Gewächs gefunden, welches sich P. entfernen lassen will. Wesentliche Beschwerden von seiten des Gewächses sollen nicht vorhanden sein. Blähungen gehen nicht ordentlich ab. Stuhlgang alle Tage. Ausfluss nicht vorhanden.

Befund bei der Aufnahme: 18. VI. 95. Mittelgrosse, kräftig gebaute Person. Erster Ton über der Aorta und Pulmonalis leicht hauchend. Sonst nichts Abnormes. Perkutorisch an den Lungen nichts Besonderes. Über beiden Lungen etwas rauhes Atmen und spärliche, giemende Geräusche. Kein Husten, kein Auswurf. Vulva klafft. Vagina weit. Beim Pressen wölbt sich die vordere und hintere Wand der Scheide vor und tritt zum Teil in die Vulva. Die Portio steht schief in der Führungslinie. 2 cm lang. Uterus nicht vergrössert, liegt retroflektirt in der Mittellinie. Links vor diesem, von ihm abgrenzbar, fühlt man etwas nach hinten einen kleinfaustgrossen Tumor, welcher nach hinten links fixirt zu sein scheint. Das linke Ovarium lässt sich neben dem Tumor nicht nachweisen. Rechtes Ovarium mässig vergrössert, beweglich.

Diagnose: Kystoma ovarii sin. multiloculare, descensus uteri et vaginae, retroflexio uteri.

Therapie 20. VI. 95. Operation: In Aethernarkose Eröffnung der Bauchhöhle in typischer Weise. Links vom Uterus liegt ein kleinfaustgrosser Tumor, welcher nach hinten links Adhäsionen eingegangen ist. Nach

Lösung derselben wird der Tumor vor die Bauchwunde hervorgezogen und in üblicher Weise vom Ligament, in welches hinein er sich entwickelt hatte, abgetragen. Die rechten Adnexe sind mit der Umgebung ebenfalls durch mehrere Stränge verwachsen. Dieselben werden teils unterbunden und durchschnitten, teils stumpf durchtrennt. Rechterseits wird nur die Tube entfernt. Nach sorgfältiger Blutstillung wird der Uterus bis an die Bauchwunde vorgezogen und mit 2 Seidenfäden, welche Haut, Fascie, Peritoneum, Uterusrand fassen, und 2 Catgutnähten, welche nur Fascie, Peritoneum und Uterus fassen, an die Bauchwand fixirt. Die unterste Naht fasst den Uterus in der Gegend des os internum, die oberste am fundus. Schluss der übrigen Bauchwunde durch fortlaufende Peritonealkatgutnaht, durch fortlaufende Fascialnaht und durch tiefgreifende und oberflächliche Seidenknopfnähte durch die Haut. Handtuchverband. Im Anschluss an diese Operation wird noch eine Kolpoperineorraphie mit mässiger Abtragung gemacht.

Verlauf: Im allgemeinen gut. Am 27. VI. wurde ein kleiner Bauchdeckenabcess eröffnet, am 8. VII. war die Bauchwunde vollständig verheilt.

10. VII. 95. Befund bei der Entlassung: Keine subjektiven Beschwerden. Ist sehr glücklich über den Erfolg der Operation. Uterus liegt vorn.

18. Frau H. 32 J.

Vorgeschichte: Die Mutter starb an Gebärmutterkrebs. Sie selbst will stets gesund gewesen sein. Menstruation: Erste Menses mit 13 J., regelmässig, 4 wöchentlich, 6—7 tägig, stark, während der Regel Schmerzen im Unterleib. Letzte Regel 1. April. Entbindung: 26. V. 1895 normal. Im Wochenbett 14 Tage Fieber. Stillte 14 Tage, bekam doppelseitige Mastitis, die spontan aufbrach. Pat. klagt seit ihrer Entbindung über Schmerzen im Unterleib und Kreuz, ferner über Drängen nach unten. Die Schmerzen treten anfallsweise auf, mit $^1/_2$—1 stündiger Pause. Auch treten Beschwerden

beim Wasserlassen, Brennen und Drängen auf. Seit dem Eintritt der ersten Regel bekommt sie nach der jedesmaligen Menstruation starken Ausfluss, der ca. 8 Tage anhält, allerdings auch während der Pause in geringerem Masse besteht. Häufiges, saures Aufstossen. Kein Erbrechen. Stuhlgang regelmässig.

Befund bei der Aufnahme: 13. IV. 96. Guter Ernährungszustand. Herz und Lungen gesund. Brüste und Abdomen ohne Besonderheiten. Vulva ziemlich weit, Portio in der Führungslinie. Muttermund klaffend; rechts tiefer Cervixriss und von da ausgehend im rechten Scheidengewölbe eine ziemlich grosse Narbe, links eine kleinere. Uterus dextroretroflektirt, anscheinend fixirt. Parametrien und Douglas ohne Besonderheiten. Rechte Adnexe ohne nachweisbare Veränderungen: an Stelle des linken Ovariums, links und vor dem Uterus liegend ein beweglicher faustgrosser, cystischer Tumor. Urin ohne Eiweiss.

Diagnose. Dermoidcyste des linken Ovariums. Retroflexio uteri fixata.

Therapie: 15. IV. 96. Operation: In Aethernarkose wird nach Eröffnung der Bauchhöhle ein wurstförmiger, faustgrosser, nirgends adhärenter Tumor sichtbar, welcher dem linken Ovarium angehört. Derselbe wird herausgewälzt und nach sorgfältiger Unterbindung des $1/2$ mal rechts gedrehten Stieles abgetragen. Das rechte Ovarium, im übrigen normal, enthält eine haselnussgrosse Cyste, dieselbe wird mit dem Paguelin verschorft; da jedoch ihre Wandung sehr dick ist, wird die Cyste excidirt und die Wunde mit Catgut geschlossen. Hierauf wird der Uterus nach vorn gebracht und durch 3 Seidennähte an den Bauchdecken fixirt; zwischendurch werden 2 Peritoneum — Uterusnähte mit Catgut gelegt. Verlauf ungestört. Schluss der Bauchwunde typisch. Befund bei der Entlassung: 30. IV. 96. Geheilt entlassen. Bauchdeckennarbe linear, 11 cm lang. Kein Exsudat. Uterus liegt gut.

Späteres Befinden: 26. II. 97. Kreuzschmerzen und Schmerzen in der rechten Bauchseite. Uterus anteflektirt.

19. Frl. H. 21 J.

Vorgeschichte: Als Kind Diphtherie. Im Juni d. J. in der Klinik wegen Retroflexio uteri, Oophoritis, Perioophoritis sin. behandelt mit Skarifikationen der Portio, Sondenaufrichtung, Pessar. Menstruation: Erste Menses mit 15 J. unregelmässig, oft aussetzend, 2—3 tägig, häufig monatelang aussetzend, dann wochenlang angeblich anhaltend mit Aussetzen einiger Tage. Kein Abgang fetziger Massen. Letzte Menses vor 3 Wochen. Jetzt unregelmässige Menses, im vergangenen Vierteljahr einmal, sehr wenig, dauernd Kopf- und Kreuzschmerzen. Letztere haben sich allerdings seit der Ringbehandlung gebessert. Mässiger weisser Ausfluss. Harndrang, gelegentlich Brennen, Stuhlträgheit.

Befund bei der Aufnahme: 26. IX. 96. Kräftig gebautes Mädchen in gutem Ernährungszustand. Herz und Lunge gesund. Scheide mässig weit, Portio etwas vor der Führungslinie, ziemlich hart, Muttermund grübchenförmig, auf der hinteren Lippe eine kleine, beginnende Erosion. Uterus stumpfwinklich retroflektirt, mittelgross, lässt sich unter geringen Schmerzen aufrichten. Parametrien und Douglas ohne Besonderheiten. Beide Ovarien stark descendirt, in den Douglas gesunken, besonders das linke etwas vergrössert. Ovarien stark empfindlich.

Diagnose: Retroflexio uteri mob., Perioophoritis sin. Intumescentia ovarii sin. Perimetritis.

Operation 5. X. 96. Schnitt vom Tuber ossis pubis dicht über dem Poupart'schen Bande nach der Spina oss. ilei ant. super. dext. ca. 11 cm. Die Auffindung des Lig. rot. macht erhebliche Schwierigkeit, dabei wird der innere Leistenring in grosser Ausdehnung frei gelegt, sodass Netz und Därme aus demselben heraustreten. Es gelingt nicht, das Lig. rot. zu finden. Daher wird der Leistenring mit Catgutnähten geschlossen,

sowie die Fascie durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt. Schluss der Hautwunde mit Seiden- und Catgutknopfnähten. Sofortige Vorbereitung und Anschluss der Laparotomie. Bauchschnitt ca. 9 cm. Nach Eröffnung des Peritoneums gelingt es leicht, den stark metritisch verdickten Uterus in die Bauchwunde einzustellen und durch 3 Seidenknopfnähte, welche die vordere Uterusfläche und beiderseits Fascie und Peritoneum mitfassen, festzunähen. Schluss der Bauchwunde in üblicher Weise. Die Eierstöcke erwiesen sich als leicht perimetritisch fixirt, die Ligg. rott. als wenig entwickelt.

Verlauf 9. X. Eröffnung eines Wundabscesses und Drainage desselben, ebenso am 15. X. Vom 20.—30. X. Bronchitis.

7. XI. Entlassungs-Befund. Es besteht noch ziemliche Schwäche. Pat. ist stark abgemagert. Inguinalwunde völlig geschlossen und vernarbt. Bauchwunde bis auf haselnussgrosse oberflächliche granulirende Stelle geschlossen, nicht mehr infiltrirt. Länge der Bauchnarbe 8 ½ cm. Per vaginam: Uterus sehr gut und breit an der vorderen Bauchwand fixirt; linkes Ovarium neben dem Uterus nur wenig descendirt, erheblich abgeschwollen und gering empfindlich. Rechtes Ovarium ohne Besonderheiten. Kein Exsudat.

Späteres Befinden: 4. III. 97. Kreuzschmerzen bei der Menstruation. Öfters Leibschmerzen. Uterus liegt gut.

20. Frau S. 32 J.

Vorgeschichte: Als Kind Scharlach. Menstruation. Erste Menses mit 16 J., zuerst regelmässig, 4 wöchentlich, 3—4 tägig, seit der Verheiratung unregelmässig, alle 14 Tage bis 3 Wochen, 3—4 tägig, stärker; Kreuzschmerzen. Letzte Menses vor 14 Tagen. 1. Geburt 1889 glatt, ebenso das Wochenbett. Vor 3 J. fingen die Beschwerden an mit Kreuzschmerzen, ziehenden Schmerzen im Unterleibe, die von der rechten Seite ausgingen und in den rechten Oberschenkel bis zum Knie ausstrahlten. Diese Beschwerden haben in letzter Zeit stark zuge-

nommen. Urinlassen ohne Beschwerden. Starker Druck auf den Mastdarm. Stuhlgang angehalten, hart, meistens schmerzhaft. Nie Fieber. Appetit gut. Etwas weisslicher Ausfluss. Befund bei der Aufnahme: 5. X. 96. Ziemlich blasse, schlecht ernährte Frau. Herz und Lungen ohne Besonderheiten. Vulva und Vagina mittelweit. Portio vor der Führungslinie, mässig eingekerbt. Cervix geschlossen. Uterus retroflektirt, vergrössert, metritisch verdickt, druckempfindlich.

Durch perimetritische Fixation wird derselbe hinten festgehalten und lässt sich ohne Narkose nur wenig in die Höhe heben. Parametrien und Douglas anscheinend frei. Linkes Ovarium etwas vergrössert, descendirt, durch feste Adhäsionen mit der hinteren Beckenwand verwachsen. Rechtes Ovarium ebenfalls leicht fixiert und druckempfindlich. Tuben ohne nachweisbare Veränderungen. Urin eiweissfrei.

Diagnose: Retrofl. ut. fix. Perimetritis, Perioophoritis.

7. X. Untersuchung in Narkose: Es gelingt unter einigen Schwierigkeiten, den Uterus vom hintern Scheidengewölbe aufzurichten und zu antevertiren, doch sinkt er, durch feste Adhäsionen, besonders links zurückgezogen, wieder zurück. Dabei leichter Collaps. Aussetzen der Atmung bei kleinem unregelmässigen Puls, welcher auf künstliche Atmung und Kampfer bald vorübergeht.

9. X. Laparotomie: Bauchschnitt in üblicher Weise. Nach Eröffnung des Bauchfells und Zurückschieben der Därme wird hinter dem Blasenperitoneum nur die breite Vorderseite des metritisch verdickten und mit seiner Hinterfläche mit dem Douglas ziemlich fest adhärenten Uterus sichtbar. Nach stumpfer Lösung der flächenhaften Adhäsionen werden die rechten Anhänge aus ihren perimetrischen Fixationen gelöst. Nur mit grosser Mühe gelingt es, die festen verwachsenen Adhäsionen links zu lösen, wobei ein mässiger Riss an der hinteren Platte des lig. latum entsteht, der zum Teil nach Abbinden

(Catgut) der Tube vernäht wird. Eine geringe Blutung aus einer Morgagni'schen Hydatide am rechten Tubenpavillon wird durch Abbindung derselben gestillt. Beide Tuben erweisen sich als nicht erkrankt. Das rechte Ovarium ebenfalls nicht erheblich verändert. Hierauf Ventrofixation in typischer Weise mit 2 Seidennähten, welche Haut, Fascie, Peritoneum und vordere Uterusfläche fassen. Schluss der übrigen Bauchwunde in typischer Weise.

Verlauf: 18. X. Herausnahme der Nähte. Im unteren Wundwinkel kleiner Fadenabcess. Wegen häufiger Durchfälle Bismuth. subnitr. später Tct. Opii. 21. X. Im linken Parametrium mässiges Esudat.

8. XI. Befund bei der Entlassung: Bauchwunde bis auf eine kaum bohnengrosse, gut granulirende Stelle im unteren Wundwinkel völlig verheilt; sie ist ca. 10 cm lang. Uterus breit an der vorderen Bauchwand fixirt. Die Resistenz im linken Parametrium ist nicht mehr zu konstatiren, rechtes Parametrium ebenfalls frei. Pat. ist stark abgemagert und noch ziemlich schwach. Beschwerden sind nicht vorhanden.

Späteres Befinden: 25. II. 97. Pat. fühlt sich sehr wohl und hat keinerlei Beschwerden mehr. Die Gebärmutter liegt vorn und etwas nach rechts.

Krankengeschichten aus der Baseler Klinik.

21. M., 44 Jahre alt, verheiratet.

Anamnese: Vater starb aus unbekannter Ursache, Mutter sowie 6 Geschwister gesund. 6 andere Geschwister starben in frühester Jugend. P. machte 1887 Brustfell- und Unterleibsentzündung durch und war damals 4 Wochen im Krankenhaus. Seit der 1. Geburt (1871) leidet sie an Prolaps, weshalb sie $1^1/_2$ Jahr einen Ring trug. Menses: Seit dem 19. Jahre, regelmässig, 4 wöchentlich, 2—4 tägig, stark mit Molimina. Letzte Regel Anfang Mai. Geburten: 16. Die 1.—13. normal. Bei der 14. Perforation. Letzte Geburt (11. XII. 1890) normal.

P. wurde wegen Endometritis haemorrhagica ausgekratzt (Juli 1891). Danach Wohlbefinden bis zum Eintritt der nächsten Periode im Oktober. Dieselbe dauerte 10 Tage. Unter wehenartigen Schmerzen im Kreuz und Unterleib ging geronnenes sowie flüssiges Blut ab. Seitdem beständig leichte Schmerzen auf der linken Seite des Abdomens. Letzte Periode am 8. XI., 11 Tage anhaltend. Wieder Abgang von Blut und krampfartige Schmerzen. Gelblicher, übelriechender Fluor. Stuhl retardirt, schmerzhaft, oft mit Blut und Schleim gemischt. Urese normal, Appetit und Schlaf gut.

Status praesens (24. XI. 91): Guter Ernährungszustand, Herz und Lunge normal, Brüste gut entwickelt. Abdomen weich, starkes Fettpolster, oberhalb der Symphyse etwas druckempfindlich. Vulva klaffend, Vagina weich, weit. Portio in der Führungslinie, 1 cm lang, mässig hart, beiderseits mit kleinen Einrissen, Cervix für den Finger durchgängig. Corpus gerade, etwas nach rechts, mässig hart, sehr empfindlich. Parametrien und Douglas frei, nicht empfindlich. Linkes Ovarium über dem Scheidengewölbe fühlbar, vergrössert, beweglich und empfindlich. Urin eiweiss- und zuckerfrei.

Diagnose: Endometritis haemorrhagica, Retroflexio uteri non corrigenda, Metritis chronica.

Indication zur Operation: Unmöglichkeit, den Uterus durch Pessar zu fixiren.

Therapie: Am 2. u. 15. XII. 91. Uterusauskratzungen. Entfernung vom Schleimhautfetzen. Ausspülung des Uterus mit 2% Carbollösung. Ätzung der Uterushöhle und des Cervix mit 50% Carbolspiritus. Jodoformtampon vor die Portio.

28. XII. 91. Castratio, ventrofixatio uteri. Nach Desinfektion der Bauchdecken wird in ruhiger Chloroformnarkose bei Beckenhochlagerung median incidirt. Bauchdecken sehr fett, blutreich, 3 Unterbindungen, Aufrichtung des Uterus. Beide cystisch entarteten Ovarien werden samt den Tuben entfernt. Der Uterus wird

mit 3 Seidennähten, die die Serosa und wenig Muskulatur fassen und durch die Bauchdecken hindurchgehen, fixirt. Schluss der Bauchdeckenwunde mit Silberdraht, Jodoformgaze, Druckverband.

Status beim Austritt: (12. II. 92). Portio nach hinten gerichtet, hart, 2 cm lang, Muttermund klaffend, 1 cm weit durchgängig. Corpus uteri in Anteflexio an der Bauchwand adhärent. Parametrien frei. Urese etwas vermehrt. Pat. hat zur Zeit der supprimirten Menses leichte Wallungen. Bauchnarbe gut geheilt, 10 cm. lang.

22. St., 44 J., verh.

Anamnese: Vater starb infolge eines Unglücksfalls, Mutter und Geschwister leben und sind gesund. November und Dezember 1888 wurde Pat. wegen Endometritis fungosa, Erosion der Portio, Retroflexio uteri mobilis klinisch behandelt und mit einem Schulze'schen Pessar entlassen. Vom 16. III. bis 4. VI. 92 war sie wieder wegen der Retroflexion in klinischer Behandlung. Menses: Mit 16 Jahren regelmässig, 4 wöchentlich, 4 bis 5 tägig, mittelstark, mit Molimina, seit 1888 (nach der Auskratzung) 3 wöchentlich, 5—6 tägig, beim Liegen schwach, beim Aufstehen stark, 8 Tage vorher stets heftige Krämpfe im Unterleib. Letzte Periode vor 14 Tagen. Entbindungen: 6 normale Geburten, Kinder leben, Pat. stillte nur 1 mal. Letzte Geburt (Dezember 1890) normal, 4 wöchentliches Wochenbett.

Jetzige Beschwerden: Seit Januar 1893 heftige Kreuzschmerzen, krampfartige Schmerzen im Unterleib, Schmerzen in den unteren und oberen Extremitäten, Globusgefühl im Hals und häufige Schwindelanfälle, zunehmende allgemeine Müdigkeit, Magenbrennen, Appetitlosigkeit, häufiger Brechreiz, Herzklopfen, mässiger dünnflüssiger, nicht übelrichender Fluor ohne Brennen. Keine Blutungen zwischen den Perioden. Schlaf gut; geringe Kopfschmerzen; Stuhlgang wechselnd, bald angehalten, bald mit Schmerzen, bald diarrhoisch, Winde gehen ab. Diurese vermindert, jedoch spontan und ohne Schmerzen.

In letzter Zeit war Pat. infolge Zunahme obiger Beschwerden arbeitsunfähig und bettlägerig. Schmerzen auch bei guter Lage des Ringes.

Status praesens: (8. V. 93.) Pat. etwas abgemagert. Herztöne rein, Atmung rein vesikulär; Abdomen weder aufgetrieben noch empfindlich. Vulva mit 2 vorderen und 1 hinteren Wulst, stark klaffend. Vagina kurz. An der linken Scheidenwand kirschkerngrosse Resistenz (Perimetritis?) Portio in der Führungslinie, 2 cm lang, hart, mit seitlichen Einrissen. Cervix $^1/_2$ cm durchgängig, Uterus in Retroflexion 1—2, beweglich, gleichmässig vergrössert, dick, hart, sehr empfindlich. Im Spiegelbilde Portio livid, mit beginnender Erosion; bei manueller Aufrichtung in Anteflexio grosse Schmerzen; Uterus fällt wieder zurück. Rechtes Ovarium auf der Höhe der Portio mehr nach hinten, etwas vergrössert und empfindlich. Linkes Ovarium normal. Urin eiweissfrei.

Diagnose: Retroflexio uteri mobilis, Metritis chronica.

Indication zur Operation: Schmerzen auch bei guter Lage des Ringes. Arbeitsunfähigkeit.

Operation: (18. V. 93.) In Chloroformnarkose werden bei Beckenhochlagerung nach üblicher Desinfektion die Bauchdecken in der Linea alba zwischen Nabel und Symphyse ca. 7 cm lang gespalten und das Peritoneum mit Fritsch'schen Zangen fixirt. Von einem Assistenten wird von der Scheide aus der Uterus aufgerichtet und ventralwärts gedrückt. Uterus über Mittelgrösse, von glatter Oberfläche, gar keine Adhäsionen. Beide Ovarien und Tuben beweglich und normal. Anlegung eines Catgutfadens durch Fascie, Peritoneum und fundus uteri. 1 cm unterhalb Anlegung eines Seidenfadens durch Haut, Fascie, Peritoneum und die vordere Wand des Uterus. Dasselbe wird noch einmal wiederholt. Die Catgutfäden werden geknüpft. Im oberen und unteren Wundwinkel wird das Peritoneum nach Austupfen mit physiologischer Kochsalzlösung fortlaufend mit Catgut

vernäht. Anlegung der Bauchnaht mit Silberdraht. Erst beim Schnüren der Silberdrähte werden auch die beiden Seidenfaden, welche durch den Uterus gehen, geknüpft. Jodoformgaze, Watte, Druckverberband. Narkose von Brechen begleitet; Beckenhochlagerung gut ertragen.

Status beim Austritt: (9. VI. 1893.) Wunde per primam geheilt, Narbenlänge 8 cm. Uterus angeheftet nach vorn, ein wenig nach rechts. Portio etwas tief in der Führungslinie. Muttermund klaffend. Im linken Scheidengewölbe ein kleines hartes Knötchen (Fibroid). Nirgends Druckempfindlichkeit. Hodge liegt gut und macht keine Beschwerden. Beim Husten drängt sich vorn die hintere Vaginalwand etwas vor. Stuhlgang leicht und schmerzlos. Allgemeinbefinden gut.

Späteres Befinden: Briefliche Nachricht Januar 1895. Allgemeines Wohlbefinden. Uterus vorn.

23. D., 36 J., verheiratet.

Anamnese: Vater und Mutter starben an Lungenentzündung, ein Bruder an Epilepsie, eine Schwester an einem Kehlkopfleiden, eine andere aus unbekannter Ursache, eine Schwester ist gesund. P. selbst hat im 20. Lebensjahre Lungenentzündung gehabt. Sie menstruirt seit dem 14. Jahre, regelmässig, 4 wöchentlich, 8 tägig, mittelstark mit Molimina. Sie hat 10 mal geboren. Die 2. und 5. Geburt waren Fehlgeburten im 2. resp. 4 Monat. Die übrigen 8 waren normal. Nach der vorletzten Geburt (1884) traten stechende Schmerzen in der linken Unterbauchgegend auf, die fortwährend vorhanden waren, bis 5 Wochen nach der Geburt ein Ring eingelegt wurde. 5 Wochen später wurde der Ring, da er Schmerzen verursachte, wieder entfernt. Uterus soll dann richtig gelegen haben. Die Schmerzen verschwanden dann. Seit der vorletzten Geburt alle paar Wochen zur Zeit der Periode Kreuzschmerzen und Drang nach unten. Seit der letzten Geburt (1888) wurden die Kreuzschmerzen und der

Drang nach unten stärker. Auf warme Umschläge schwanden zuweilen die Schmerzen. Seit $1^1/_2$ Jahren klagt P. über Kreuzschmerzen, die Tag und Nacht vorhanden sind. Letzten Winter blieb P. 4 Monate im Bette wegen der Kreuzschmerzen und des Dranges „der seit einiger Zeit stärker geworden war“. Hierauf waren die Schmerzen besser bis zum Mai 1893. Seitdem nun wieder fortwährend Kreuzschmerzen und zuweilen, wenn P. sich etwas bewegt, krampfartige Schmerzen im Leibe und Drang nach unten. Seit dieser Zeit beim Wasserlassen stechende Schmerzen und Drang zum Wasserlassen. Einen Ring vertrug P. nur 2 Tage. Im August war P. in Rheinfelden, worauf die Schmerzen nicht viel abnahmen, Stuhlgang normal, Appetit gut.

Status praesens: (18. XI. 93.) P. ist gut genährt, Herz und Lunge normal, Brüste gut entwickelt, Bauchdecken sehr fettreich, mit alten Striae, Diastase der Recti, Abdomen nicht druckempfindlich. Vulva geschlossen, Introitus weit, Vagina weit, Schleimhaut glatt und normal gefärbt. Portio cylindrisch, hart, ca. $^1/_2$ cm lang, in der Führungslinie. Os extenum ist ein klaffender Querspalt. Corpus uteri über mittelgross, in allen Durchmessern gleichmässig verdickt, hart, etwas empfindlich, in retroflexio I, mobil, lässt sich aufrichten, wobei grosse Empfindlichkeit. Parametrium und Douglas frei. Neben dem linken Scheidengewölbe hinten tief das linke, etwas vergrösserte, äusserst empfindliche Ovarium, dasselbe beweglich. Das rechte ähnlich, etwas kleiner, nur höher liegend. Urin eiweiss- und zuckerfrei.

Diagnose: Retroflexio uteri, Metritis chronica, Oophoritis chronica duplex.

Indication zur Operation: Erfolglose Pessarbehandlung und Arbeitsunfähigkeit infolge der Schmerzen.

Operation: (21. XI. 93.) In Chloroformnarkose wird nach üblicher Desinfektion das Abdomen in der linea alba zwischen Nabel und Symphyse gespalten. Fettschicht ca. 3 cm. Darauf wird das parietale Peritoneum

mit der äusseren Haut durch Seidennähte vereinigt. Von einem Assistenten wird per vaginam der Uterus ventralwärts gedrückt. Hierauf wird das linke Ovarium sammt Tube in die Wunde hineingezogen. Das ligamentum latum wird mit doppelt eingefädeltem Deschamps durchstossen; ein Faden wird uteruswärts über die Tube, der äussere Faden über das ligamentum infundibulo-pelvicum geknüpft. Mit dem ersten wird eine Gesammtligatur gemacht. Eine zweite Gesammtligatur wird gelegt, welche mit drehender Nadel durch die Tube gestossen wird. Hierauf Entfernung des Ovariums und Cauterisation des Tubenlumens mit dem Paquelin. Das Gleiche geschieht rechts. Nach Entfernung beider Ovarien sammt Tuben wird das Corpus uteri in Anteflexion gebracht und in den unteren Wundwinkel gezogen, sodass der fundus handbreit über der Symphyse steht. Nun wird mit 3 Silkwormgutnähten das corpus an die Bauchdecken fixirt, indem die Fäden durch die Fascie und das Parietalperitoneum des linken Wundrandes gestossen und geknüpft werden. Toilette des Bauchfells mit Kochsalzlösung; keine fortlaufende Catgutnaht desselben. Schluss der Bauchwunde mit tiefen und oberflächlichen Silberdrahtnähten. Drainage der Wunde. Jodoformgaze, Watte, Druckverband. Narkose sehr unruhig; Puls oft kaum fühlbar; deshalb 4 Campferspritzen.

Status beim Austritt (23. XII. 93): Narbenlänge $8^1/_2$ cm. Uterus vorn, im linken Parametrium noch eine kleine Resistenz.

Späteres Befinden: (12. III. 97). Leichte nervöse Erscheinungen noch vorhanden. Uterus vorn. (Brief.)

24. L., 38 J., ledig.

Anamnese: Eltern und 2 Geschwister gesund, 2 Geschwister starben an Blutvergiftung resp. Typhus. P. selbst machte mit 19 J. Typhus, als Kind die Masern durch. Sie menstruirte das erste Mal mit 15 J., das erste Jahr unregelmässig, dann regelmässig 4 wöchentlich, 4 Tage, mittelstark, mit Molimina vor und während der

Menstruation, zuletzt 5 wöchentlich. P. hat nie geboren. Im Jahre 1893 wurde sie vom 27. II. bis 28. III. wegen Oophoritis chronica und retroflexio uteri fixata mit Soolbädern, Ichtyoltampons und Priessnitz klinisch behandelt und nicht wesentlich gebessert entlassen. Poliklinisch wurde sie weiter behandelt. Da ihre Beschwerden, Dysmenorrhoe und fortwährende Unterleibsschmerzen, am Arbeiten hinderten, kam sie zur Operation in die Klinik.

Status praesens: (3. II. 94). Mittelstarkes Individuum. Herz und Lunge normal, Brüste schlecht entwickelt. Abdomen weder aufgetrieben noch druckempfindlich. Vulva und Vagina eng. Portio tief in der Führungslinie. Corpus uteri in reflexio I fixirt und empfindlich. Rechtes Ovarium vor der Synchondrosis sacroiliaca fixirt, empfindlich, etwas kleiner als früher. Linkes Ovarium dicht neben dem Uterus und vorn. Dicht neben dem Uterus über dem linken Scheidengewölbe mehr vorn sehr empfindliche Stränge vom Uterus zum linken Ovarium zu fühlen. Urin ohne Eiweiss.

Diagnose: Rechtsseitige Oophoritis, Salpingitis, Perioophoritis, Perisalpingitis. Retroflexio uteri fixata.

Indication zur Operation: Arbeitsunfähigkeit.

Operation: (6. II. 94). Desinfektion der Bauchdecken. Schnitt in der linea alba. Eröffnung des Peritoneums. Starke Beckenhochlagerung. Zurückhalten der Därme mit Bänderschwämmen. Die zahlreichen und zum Teil ziemlich festen Verwachsungen des Uterus und der rechten Adnexe werden mit der Hand stumpf gelöst, der Uterus aufgerichtet und die rechte Tube sammt Ovarium vor die Bauchwunde gezogen. Es findet dabei durch die Lösung der Adhäsionen keine nennenswerte Blutung statt. Nun werden die rechtsseitigen Adnexe uterinwärts beiderseits mit Catgut unterbunden und eine Gesammtligatur um den Stiel angelegt. Dann wird das Ovarium und das abdominale Tubenende losgeschnitten. Der Stumpf wird mit dem Paquelin verschorft und in

die Bauchhöhle versenkt. Auch das linke Ovarium wird von seinen Adhäsionen gelöst und als nicht vergrössert zurückgelassen. Jetzt wird der Uterus soweit als möglich gegen die Bauchwunde angezogen, während 1 Assistent ihn per vaginam in die Höhe hinaufschiebt. Dann werden 3 Silkwormfäden durch die Schnittränder des parietalen Peritoneums, durch die Fascie und den fundus uteri geführt und geknotet, sodass letzterer jetzt fest an der Bauchwand fixirt ist. Herausnahme der Bänderschwämme. Auswaschen der Bauchhöhle mit physiologischer Kochsalzlösung. Fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums. Naht der Bauchdecken mit tiefen und oberflächlichen Silberdrahtnähten. Aseptischer Verband. Narkose gut ertragen. Einmal Erbrechen im Verlaufe derselben.

Status beim Austritt (8. III. 94): Bauchnarbe $8^1/_2$ cm lang. Uterus in Anteflexio I an der vorderen Bauchwand fixirt. Portio hinter der Führunglinie. Hinteres Scheidengewölbe gespannt. Linkes Ovarium liegt neben dem Uterus nach vorn.

Mit Ausnahme von einer Kranken (Nr. 15), welche bei der Entlassung an einer in Heilung begriffenen, doppelseitigen Schenkelvenenthrombose litt, wurden alle Patientinnen geheilt und beschwerdefrei entlassen. Bei 21 derselben konnten Nachuntersuchungen vorgenommen werden, welche innerhalb eines Zeitraumes von 5 Monaten bis $7^1/_2$ Jahren nach dem Operationstage stattfanden und folgende Resultate ergaben:

In allen Fällen lag der Uterus auteflektirt. 12 Kranke waren dauernd von ihren Beschwerden befreit und fühlten sich sehr wohl (gleich 57,1 %), bei 6 Patientinnen waren leichtere nervöse Störungen noch vorhanden bei sonstigem Wohlbefinden (gleich 28,6 %), sodass wir 85,7 % Heilungen beziehungsweise bedeutende Besserungen erhalten. Die nervösen Erscheinungen von 3 Kranken haben sich nach der Operation eher verschlimmert (gleich 14,3 %). Es sind dies solche Fälle, bei denen

man durch die Operation von vornherein keine Besserung erhoffen darf und die man besser, wie v. Herff besonders anräth, nervenärztlicher Behandlung zuführt. Eine hochgradige Nervöse (Nr. 8) wurde durch die Operation vollständig geheilt. Bauchhernien traten in 5 Fällen (gleich 24 %) auf und zwar erforderten 2 von diesen, weil ziemlich gross, das ständige Tragen einer Bauchbinde; 3 machten wegen ihrer Kleinheit keine Beschwerden.

Der Umstand, dass eine Kranke (Nr. 1) späterhin eine normale Geburt durchmachte, veranlasste mich, in der Literatur nach Mitteilungen zu suchen, welche die Beziehungen der Ventrofixation zur Gravidität und Geburt betrafen. Es sei mir vergönnt, über das Resultat dieser Forschungen hier zu berichten:

In den übrigens recht spärlichen Mitteilungen werden erwähnt: 62 Fälle von Schwangerschaft nach Ventrofixation. Von diesen abortirten 9 (im 3.—6. Monat), 2 endigten durch Frühgeburt (nach $7^1/_2$ beziehungsweise 8 Monaten, beidemal lebende Kinder), 44 waren rechtzeitige Geburten (1 Kind tot); von 7 Fällen ist das Endresultat nicht bekannt. 7 mal musste geburtshilflich eingegriffen werden und zwar wurden ausgeführt: 2 Wendungen auf die Füsse Extraktion (Sänger, Flaischlen), 3 Zangenextraktionen (Leopold, Poltowicz), 1 Wendung auf den Kopf und Zange (Wegener), 1 Kaiserschnitt (Poltowicz).*

Die Mehrzahl der Schwangeren hatte während der Gravidität keine Beschwerden, die sich auf die Operation zurückführen liessen. Einige klagten über Schmerzen in der Bauchnarbe und viel Erbrechen. (Fraipont, Condamin, Smits, Löhlein).

In der weitaus grössten Zahl der Fälle blieb der Uterus während der Schwangerschaft an den Bauch-

*) Miländer stellt zusammen: 74 Fälle von Gravidität nach Ventrofixation; 6 Aborte, 3 Frühgeburten, 54 rechtzeitige Geburten. 11 waren zur Zeit der Veröffentlichung noch gravid. Kunsthilfe: 4 Zangen, 2 Wendungen vom Kopf auf die Füsse, 2 Wendungen aus Querlage, 2 Sectiones caesareae, 1 Extraktion an den Füssen.

decken adhärent. Einige Male war er beweglich geworden und zwar teils ganz von der Bauchwand abgelöst, aber auch post partum antevertirt (Olshausen, Fraipont), teils durch einen Strang noch mit der Bauchwand in Verbindung (Chaput, Löhlein).

Wie im fixirten Uterus die völlige Fntwicklung, das Wachstum der Frucht ermöglicht wird, erklärt Sippel folgendermassen: 1. Der ausdehnungsfähige Teil des Uterus tritt vikariirend für den fixirten ein. 2. Die vordere Bauchwand dehnt sich aus, die fixirende Stelle steigt in die Höhe und ermöglicht dem unterhalb gelegenen Uterusabschnitt ein gewisses Wachstum. 3. Die verschiedenen Muskellamellen der Uteruswand verschieben sich gegen einander. Daher empfiehlt er: Die Fixationsfäden möglichst weit unterhalb des Fundus durch die vordere Wand zu legen, möglichst hoch an der Bauchwand anzunähen und möglichst oberflächlich, soweit es ohne Schädigung des Fixationserfolges und ohne Durchschneiden der Fäden geschehen kann, letztere zu legen. Ähnlich spricht sich Laroyenne aus.

Nach Gottschalk zeigt der fixirte gravide Uterus folgendes Verhalten: Die vordere Lippe ist dick und gut erhalten, die hintere dünn und auf wenige Millimeter verkürzt. Die hintere Uteruswand, einschliesslich des Fundus, erscheint papierdünn, die vordere bis zur Fixationsstelle dagegen übernormal dick. Während Wegener behauptet, dass die Ventrofixation regelwidrige Kindslagen verursache, spricht Labusquière derselben jeden Einfluss auf Conception, Gravidität und Geburtsverlauf ab. Endlich sei noch erwähnt, dass 4 sterile Frauen nach der Operation concipirten (Tipjakoff, Flaischlen).

Fassen wir am Schlusse die Ergebnisse der Arbeit kurz zusammen: Durch die Ventrofixation können alle Arten von Reflexio geheilt werden; bei schweren Adhäsionen des Uterus und seiner Adnexe ist sie das einzig richtige Verfahren. Ihre Erfolge sind gute, Recidive

fast ausgeschlossen. Für die Kranken hat sie keine nachteiligen Folgen. Sie übt auf Gravidität und Geburt keinen ungünstigen Einfluss aus.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinen hochverehrten Lehrern, Herrn Prof. Dr. Fehling und Herrn Prof. Dr. v. Herff für die gütige Überweisung der Krankenblätter und die mir bei Abfassung dieser Arbeit freundlichst erteilten Ratschläge meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

Verzeichnis der benutzten Literatur.

1. Fehling, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1894.
2. v. Herff, zur Ventrofixatio uteri, insbesondere der transperitonealen Methode 1894.
8. Fritsch, die Krankheiten der Frauen 1892.
4. Volkmann, klinische Vorträge; Gynaekologie Band 4 pag. 2401—2418.
5. Centralblatt für Gynaekologie 1886—1896.
6. Berliner klinische Wochenschrift 1888 Nr. 11, 1891 Nr. 45, 1894 pag. 260 u. 448.
7. Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynaekologie 1889, 1891, 1896.
8. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie 1890, 1895, 1896.
9. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1891 Nr. 10.
10. Kaltenbach, Tageblatt der 62. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Heidelberg 1889 p. 468.
11. Assaky, extraperitoneale Ventrofixation des Uterus, Verhandlungen des X. internationalen Congresses zu Berlin. Beilage zum Centralblatt für Gynaekologie 1890 p. 163.
12. Czempin, Deutsche medizinische Wochenschrift 1894 p. 457.
13. Witte, Diskussion zum Vortrage Czempins.
14. Wolff, Inaug.-Diss. Über ventrale Fixation bei Lageveränderungen des Uterus. Basel 1892.
15. Hegar-Kaltenbach, operative Gynaekologie 1897.

Lebenslauf.

Ich, August Friedrich Wilhelm König, wurde am 1. Sept. 1871 zu Löbau in Westpreussen geboren. Meine erste Schulbildung genoss ich in einer Privatschule zu Deutsch-Krone. Von Michaelis 1879 an besuchte ich die Vorschule des städtischen Gymnasiums zu Halle a. S. und dann dieses selbst. Michaelis 1890 bestand ich an genannter Schule das Abiturientenexamen.

Von Michaelis 1890 bis Ostern 1895 studierte ich Medizin in Halle a. S. Am 1. Nov. 1892 legte ich das Tentamen physikum ab, am 28. Dez. 1895 vollendete ich die Staatsprüfung. Vom 1. April 1896 — 1. April 1897 genügte ich meiner Militärpflicht.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

† Ackermann, Baumert, Bernstein, v. Bramann, Eberth, Eisler, Fehling, Fränkel, Grenacher, Harnach, v. Herff, v. Hippel, Hitzig, † Kaltenbach, † Knoblauch, Kraus, Frhr. v. Mering, Volhard, Weber, Welker.

Ausserdem war es mir vergönnt, im Sommersemester 1894 in der Chirurgischen Klinik des Herrn Professor v. Bramann, sowie in der Medizinischen Poliklinik des Herrn Professor Dr. v. Mering je 3 Monate als Volontär thätig zu sein.

Allen meinen hochverehrten Lehrern sei an dieser Stelle mein ehrerbietigster Dank ausgesprochen.

Thesen.

I.

Bei schweren Adhäsionen des Uterus und seiner Adnexe ist die Ventrofixation nach Laparotomie das einzig richtige Verfahren.

II.

Das Schleich'sche Verfahren der lokalen Anästhesie ist im Allgemeinen nicht empfehlenswert.

III.

Der positive Ausfall der Widal'schen Reaction allein begründet die Diagnose auf Typhus nicht.